

NOM/Prénom:

Adresse :

Code Postal / Ville:

Tél privé :

GSM :

**Matricule :**

Caisse de Maladie:

Profession/employeur :

Tél bureau :

Nom, adresse et tél de votre médecin généraliste :

Médecin spécialiste (le cas échéant) :

Comment connaissez-vous ce cabinet dentaire? Raison de votre demande de rendez-vous ?

Prenez-vous actuellement des **médicaments**?

Si oui, Lesquels ? (fournir une copie de l'ordonnance)

Cocher oui ou non	OUI	NON	Cadre réservé au Docteur
Êtes vous allergique à des médicaments, aux anesthésiques ou à d'autres substances ?			
Avez vous déjà eu une opération chirurgicale ?			
Êtes vous fumeur ?			

**Avez-vous un problème :**

au niveau du cœur ou de l'hypertension?			
de diabète ou de cholestérol ?			
au niveau du foie, des reins ?			
de type hépatite, VIH ou autre maladie infectieuse ?			
de pertes de connaissance ?			
d'asthme ou d'épilepsie ?			
avec un saignement inhabituellement long ?			
prenez-vous de l'aspirine régulièrement ou occasionnellement ?			
avec des maladies de l'os (exemple: ostéoporose) ?			
avez-vous été soigné(e) par radiothérapie?			
êtes-vous enceinte ou en train d'allaiter			

Remarques / commentaires supplémentaires sur votre état de santé :

Je soussigné, **Mr/Mme/Mlle** .....

certifie avoir signalé au Docteur HOA tous les renseignements médicaux concernant mon état de santé actuel et m'engage à l'informer de tout changement de mon état de santé ou de mes traitements.

**Fait le** ..... **à** .....

**Signature**